

巻頭言

「先生は医師の自由開業制度について
どのように思われますか」

大分県医師会

副会長 織部 和 宏

横浜のマンションが傾いた事件が先日盛んに報道され下請け工事の手抜きが問題になっていたがその原因として元請けの監督が不十分であったとか施工業者の倫理観の欠如等同じような事が起こる度に毎回指摘されている。ことはそんなレベルで解決できるのであろうか。

それを解明する上でヒントになる事を私は自宅を改築する際に経験した。

設計事務所に依頼したがそのこの契めで決めた元請けは何と全国的に有名なY建設であった。ところが実際に工事を請け負ったのが地元の余り有名でないA建設、更に個々のパーツは小さな施工業者等である。結果は実に杜撰であった。アチコチゆるむし板は曲がる。風呂の水は流れない。戸は閉まらない。何でこんな事になるのだろうか。

その答をハッキリ教えてくれたのが木工所をしている私の同級生のYであった。「織部、実際に施工している我々の所に回ってくる金は予算の3割や。それで設計図通りやれと言うんやで。無理に決つとるやろうが。」これが日本全国すべての工事現場の現実だと言う。そうであれば阪神大震災でくずれははずのない高速道路の橋桁がくずれ落ちたり、今回のマンションが傾いたりするのも納得出来る所である。「元請けが何もしないで利益を抜きすぎるんや。俺らは作業服で泥まみれになって朝から晩まで汗水たらして働いているのに彼等は高級自動車を乗り回し夜は都町のクラブにブランドの背広を着て飲みまわっている。この現実をどう思うか。」そう言う事ですか。

この現実を解決しないといわゆる手抜き工事は無くならないと言う事ですか。

ひるがえって我々開業医はどうであろうか。各医療圏ごとに中心となる大病院があり中小病院、有床診そして各科の無床診療所があるが建築業界のように元請け～孫請けの構図にはなっていない。むしろネットワークとしてお互いに協力する体制として原則的には機能している。それぞれがそれぞれの立場で誇りを持って自分の置かれた立場での仕事を一生懸命やっている。元請け～孫請け的な上下関係は無いと言う事である。

それに対し厚労省を始め行政は医師の自由開業制やプロフェッショナルオートノミー及びフリーアクセスを制限するような動きを始めつつあるように思える。

医師会としてその辺を十分に察知して早目に打てる手は打っておくべきと考えるがその為には会員の先生方の御協力がなくては中々前に進めません。最終的には医療は医政です。

よろしくお願い申し上げます。

視
点

「産業医と労働災害」

大分県医師会
常任理事 内 田 一 郎

近年の労働災害を巡る状況は、従来の業務災害・通勤災害は漸次減少する傾向にあるものの、労働環境の変化や労働者の高齢化により脳・心臓疾患に加え、メンタルヘルス不調者の増加による精神保健面への対応が重要となっている。

60歳以上の高齢労働者をみると、就業者数とともに死傷災害発生数も増加傾向にある。中高年者の加齢に伴う心身の機能低下、危機回避能力の低下は避けられず、放置すれば労災事故の発生率上昇に大きな影響を与えることになる。さらに、記憶力や思考の低下など、身体のみならずメンタル面での不調も労働災害への影響が予想される。高齢労働者は、経験が豊富で技能にも優れ、仕事に責任感が強いなどの特性がある。高齢労働者の健康を確保し、仕事へのやりがいを引き出すためには産業医の果たす役割が大きくなると予想される。産業医はきめ細かい健康管理と労働内容を把握し、労働環境の改善など適切な就業上の措置を心がけることが必要である。

さらに、高齢労働者の健康管理には、産業医と労災指定医療機関との連携が不可欠である。精神疾患については、一次予防の促進、メンタルヘルス不調者や認知症患者の早期発見、専門医との連携強化など、高齢者のメンタル失調に対応した指導や管理が可能なシステムの構築が望まれる。

脳・心臓疾患については、過重労働や生活習慣病対策などの疾病予防に向けた取り組みがますます重要となる。過労死への対策として、高齢労働者には業務と休養、食事、運動などバランスのとれた日常生活が大切である。欧米並みに終業から次の始業までに10時間以上を確保させる「インターバル規制」を65～70歳を対象として積極的に導入することも過労死防止に有効と考える。

職場復帰に係わる医療支援についても、産業医の果たす役割が重要となる。産業保健3事業一元化¹⁾により、小規模事業所における労働衛生管理の強化が推進される中で、産業医に期待される役割は大きく変化している。疾病をかかえた高齢労働者の雇用増加が予想される小規模事業所において、治療と生活の両立など様々な支援が必要となる。労災指定医療機関は地域産業保健センター等と連携を図り、高齢労働者が安心して働けるように積極的な職場づくりを推進する必要がある。

¹⁾ 企業の産業保健活動の効果的な支援を促進するため、これまでの3事業（地域産業保健事業、産業保健推進センター事業、メンタルヘルス対策支援事業）を一元化し、「産業保健活動総合支援事業」として、平成26年4月1日より運営開始されている。

年頭所感

大分県医師会
会長 近藤 稔

明けましておめでとうございます。会員ならびにご家族の皆様には健やかで清々しい新年をお迎えられたこととお慶び申し上げます。

昨年は屋久島の口永良部島の爆発的な噴火に続き箱根山、桜島、阿蘇山など火山活動が活発化し南海トラフ大地震発生も不安でしたが、小康状態で安堵しています。温暖化の影響か否か、東北や茨城県常総市では集中的な豪雨による堤防決壊など今後も自然災害の恐怖を感じております。

世界各地でも温暖化の影響が深刻化し、極北の地では氷床減少と海面が上昇するなど、地球環境は確実に悪化しているそうです。

海外ではパリの競技場、劇場、レストラン等でイスラム国による同時多発テロが発生し世界の人を震撼させています。5月の伊勢志摩サミットに際しテロの脅威が危惧されますが、平穏無事に終わることを祈りたいと思います。

昨年に引き続き今年も日本人2人がノーベル賞を受賞されました。国内総生産(GDP)は3位になっても、湯川秀樹博士以来24人と世界で2番目に多く誇りを感じます。若い学者の基礎研究熱が高じる事を期待します。

2016年度の一般会計予算案96兆7,218億円の内、社会保障関係費31兆9,800億円と閣議決定されました。社会保障と税の一体改革のために消費税が引き上げられたにも拘わらず、2016年度の診療報酬本体は充実どころか引き下げが妥当と喧伝されていました。しかし参院選や地域の消滅・地域医療の崩壊が危惧され、賛否両論の中本体0.49%と微増が確定し、中医協次第で潤うかも知れません。

2025年には超高齢社会を迎えるため、セルフメディケーション推進やOTC薬購入の所得控除、データヘルスやスマートフォンを通じて健康管理するなど諸々の施策が講じられようとしています。安全・安心な医療提供体制や個人情報保護に問題が無い限り、治療だけでなく健康寿命延伸を図るよう務めたいと思います。

控除対象外消費税解消も、10%に引き上げられる時が最後の機会かも知れません。病院と診療所で格差の無い消費税の抜本的改善を期待します。

また、地域医療構想策定や地域医療介護総合確保基金等の協議も必要です。

大分県医師会では地域医療・介護の充実発展を主眼に真摯に対応していくつもりであり、会員の皆様のご理解ご協力をお願いいたします。

新年が輝かしい年になるよう祈念申し上げ年頭のご挨拶と致します。

巻頭言



1回100円で2,000億円!!

大分県医師会

副会長 新森 義信

本年6月1日に、財務省の審議会である財政制度等審議会が発表した「財政健全化計画等に関する建議」に「受診時定額負担・免責制の導入」が再び記載されている。

この「財政健全化計画等に関する建議」はⅠ.「財政健全化計画」に向けた考え方とⅡ.各歳出分野における歳出改革の方針と具体的取り組みに大きく分かれている。Ⅱの中の「社会保障」の項に下記のように書かれている。

b) 受診時定額負担・免責制の導入

我が国の医療保険制度は、定率の患者負担を求めつつ、高額療養費（患者負担の月額上限）を設けることにより、医療費が多くかかった場合にはより厚めの保険給付を行う（患者の実効負担率が逡減する）、つまり、リスクの大きさに応じて公的保険がカバーする範囲が大きくなる仕組みとなっている。この考え方に立って、限られた医療資源の中で、疾病等に伴う大きなリスクをカバーするという保険の基本機能を発揮しながら、国民皆保険を維持していく観点から、現行の定率負担に加え、少額な定額負担を導入すべきである。その際、かかりつけ医の更なる推進・包括払いへの移行といった観点から制度設計することも考えられる。（原文）

そもそも患者が、医療機関の窓口で支払う医療費は、年齢・所得に応じて医療費の1～3割を負担すればよい。しかし、財務省が提案する受診時定額負担・免責制は、1～3割の定率負担に加え医療機関を受診する患者から一定額（例えば100円）を徴収しようというものである。免責制は、医療機関を受診した場合500～1,000円などの一定額まで健康保険の適用はされず、それを超えた部分を健康保険の対象にするというものである。

健康保険とは、病気をした時「いつでも、どこでも、だれでも」少ない自己負担で病気を診てもらえる仕組みとなっている。

高額療養費のおかげで、医療費が高額化した場合より多くの給付を受けられるが、これは医療費が家計を直撃しないために設けられたものであり、健康保険制度全体が高額な医療に保障の比重を置いているわけではない。

受診時定額負担は、患者が受診するたびに一回につき100円程度一定額を徴収すると想定されている。1回あたり100円を徴収すれば、年間で約2,000億円の収入が見込まれている。保険料や税金で国民全体が負担しているお金に加え、さらに病気をした患者に、この2,000億円の負担をしいるものであり、定率3割負担の患者は、負担割合が3割を超えてしまうことになる。

このような定額負担を一旦導入すると、財源が不足するたびに引き上げられ、1回の受診で500円なら約1兆円、1,000円なら2兆円もの負担を患者にしいるものである。

患者の自己負担割合は、2006年の改正保険法の付帯決議に次のように書かれている。

「将来にわたり国民皆保険制度を堅持し、平成十四年の健康保険法等の一部改正する法律附則第二条一項に明記された、『医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする。』ことを始めとして、安易に公的医療保険の範囲の縮小を行わず、現行の公的医療保険の範囲の堅持に勤めること。」

要するに「これから先の将来も、安易に患者の自己負担額を3割以上に引き上げない」ということが明記されている。

話は少しそれるが、健康保険が適用されない先進医療の2014年度の実績は、厚労省の発表で約174億円。これに比べると受診時定額負担は1回100円で約2,000億円は、はるかに大きい。

1回受診で100円の定額負担をこの程度ならと思わず、一旦導入されると政府の都合でいくらでも引き上げ可能な「医療費の財源」となることを肝に命じなければならない。

そして、じわじわと家計を圧迫し、国民皆保険を空洞化させてしまうことになる。日本が長い時間をかけ築き上げてきた「いつでも、どこでも、だれでも」安心安全な質の高い医療を提供する国民皆保険制度を守るため、受診時定額負担・免責制導入には断固反対をしなければならない。



視
点

学校保健を地域で支えるための 仕組みづくりが必要

大分県医師会
常任理事 藤 本 保

平成26年4月30日に学校保健安全法施行規則の一部改正が行われ、平成28年4月から施行されることになり、いよいよ新しい健康診断が始まります。変更の要点は、座高の測定と寄生虫卵（蟯虫卵）の有無の検査を必須項目から削除、四肢の状態いわゆる運動器検診を必須項目に追加し、保健調査の実施を小学校、中学校、高等学校、高等専門学校の全学年としたことです。また、児童生徒が自身の色覚の特性を知らないまま進学、就職等に際して不利益を受けることのないよう、保健調査に色覚に関する項目を新たに加えるなど、より積極的に保護者等への周知を図り、希望者に個別に色覚検査を行うことになったことです。これらの具体的な実施方法に関しては、日本学校保健会が発行した「児童生徒の健康診断マニュアル」を参照してください。

平成27年10月21日に日本医師会で都道府県医師会学校保健担当理事連絡協議会が開催され、文科省からの行政説明と日本眼科医会及び日本臨床整形外科医会からマニュアルを用いての健康診断上の注意点等が説明され、質疑応答がありました。その要旨は私の報告書に略記していますのでご覧ください。文科省からは、学校における健康診断は、家庭における健康観察を踏まえて、学校生活を送るにあたり支障があるかどうかについて、疾病・異常の発見のためのスクリーニングであり、疾病を発見し診断をすることではないことが強調され、そのためには保健調査票を活用し、保護者、学校が日常の子どもの健康状態を把握することの重要性と学校における健康課題を明らかにして健康教育の充実に資することが目的であると説明されました。特に、今回改訂されたマニュアルは新任の養護教諭であっても理解し、活用出来るようコンパクトに分かり易く出来上がっているとの説明がありました。色覚検査については、色覚の基本的内容の確認ということで、先天色覚異常の頻度は1型色覚・2型色覚で日本人男性の20人に1人（5%）で1クラスに1人はいる、日本人女性の500人に1人（0.2%）はいることが説明されました。先天色覚異常の人は「白黒」の世界ではなく、日常生活にはそれほど支障はないことが強調されました。現在、進学に際して制限はほとんどないが、特殊な学校（航空、船舶、鉄道、防衛、警察など）や、職業（電車運転士、航空管制官、航空自衛官、航空海上保安官、旅客機パイロットなどは正常色覚であること）では制限を受けるので、自らの色覚をあらかじめ知っておくほうが混乱を招かなくてよいとのことでした。そして、日本眼科医会では学校での色覚検査は、できれば小学校低学年のうちに行い、教育上の配慮をするべきと提唱していることが紹介されました。また、ポスターが配布され、中高生などは自ら色覚検査を希望するような環境を整備し、体制を整えるべきと締めくくりました。運動器検診の話では、児童生徒に二極化、すなわち、運動のし過ぎによる障害（オーバーユース

症候群)と運動をしないことによる運動器の変化(運動器機能不全)が起こっていることが示されました。全国10地域での運動器検診モデル事業の成果から、運動器疾患の罹患率は10%前後であること、調査票を用いてスクリーニングすると25%程度が整形外科医に紹介されるであろうことが説明されました。1人当たりの検診所要時間は、運動器検診を行わない場合は平均約40秒で、運動器検診を行うと平均約1分かかるとのことです。

現時点で、運動器検診は従来の内科検診に引き続き、学校医が全児童生徒に行うことを想定しています。時間的に出来ないと嘆くのではなく、出来るように工夫しなくてはなりません。そうなると必然的に、整形外科専門医への紹介が増えることは間違いありません。また、学校医の立場からすると、運動器検診については最初から整形外科専門医が検診する方が効率的ということで、専門医検診を学校健診に位置付ける何らかの仕組みが必要という要望もあります。学校医が解決できる健康課題は限られており、運動器以外でも健康診断でスクリーニングした問題の解決には多くの専門医への紹介が必要になります。整形外科に限らず、学校健診の事後措置として各科の専門医の協力が不可欠な状況です。今まさに、日本医師会学校保健委員会において今期の会長諮問「児童生徒の健康支援の仕組みの更なる検討」がなされているところです。この委員会はこのようにしてはどうかという原型となる仕組みを答申することになっていますが、それぞれ各地域において地区医師会が主導し、教育委員会、学校、地域のあらゆる資源を包含して子どもの健康課題を解決する仕組みづくりが行われることを期待します。



ビッグデータ

大分県医師会

常任理事 阿南茂啓

△ビッグデータとは、共通定義はまだないようである。「インターネットの普及及びIT技術の普及によって生まれた、これまでに扱ってきた以上に、より大容量かつ多様なデータを扱う新たな仕組みを表すもので、その特性は量、頻度(更新速度)、多様性(データの種類)によって表される。」と、辞書にはあるが、これで正解かどうかはわからない。

△最近、各方面で、このビッグデータが利用、活用されるようになった。医療界もその例外ではない。われわれ一生のなかで、医療、健康に関して生じた情報は(母子手帳、学校検診、諸々の健診記録、疾患患時のレセプト記録、ケアプラン、介護サービス等など)、残念ながらすべて消失してしまった。

△しかし、コンピュータ、IT技術が進み、これら大量のデータを処理できるようになった。我が国医療のIT化は2000年くらいまでは、世界の最先端にあったらしい。2005年ころから、このデータに分析を加えようという機運が高まってきた。いろいろなデータベースが整備されつつあるが、なんといっても一番は厚労省のレセプトデータベースである。次に、医薬品の安全に関するデータベース、国保のデータベース、そして、介護認定、がん登録、各学会のものなど相当数のデータが蓄積されている。ビッグデータは、設計されたデータではなく、治験や実験データとも違い、スマートな結果は得られないが、傾向はよくつかめるし、解釈の幅が非常に広い。

△ビッグデータにもいろいろと特徴があるという。たとえば、DPCデータは診療プロセスの解釈や病院機能と診療圏に関する分析を得意とする一方で、治療成績の評価や詳細な臨床病期・重症度、部位別の解析などは不得手であるといわれる。また、地理情報と医療情報を組み合わせることによって、地域の健康づくりを構築したり、新たな技術開発につなげることが可能になる。一方で、専門職がそれらと接触するには多くの課題がある。人間のすべてをデータ化することはむつかしいわけで、専門職がデータ化された人と生身の人のギャップを埋める責務がある。

△ビッグデータは、貴重な大規模医療資源であり、その正しい効果的な利活用のあり方が、今後の主要な課題となってくる。どんな情報を取り出すか、切り口が問題である。特に、これの公的利用とプライバシーの問題は重要である。もちろん、研究者が意図的にプライバシーの侵害を行う可能性はないと思うが、研究者にとっても患者、一般の方々にとってもわかりやすい法的整備、つまり医療分野における個人情報保護に関する個別法の、早急な策定が望まれる。

△今後、医療適正化計画や地域医療計画にも利用されよう。結果には十分注視しなければならない。一方的な目的で使用し社会秩序を蹂躪するようなことがあってはならない。また、政府が財政問題だけに使用することは絶対にあってはならないことは言うまでもない。

巻頭言



「先生は最近どのような本をお読みになりましたか」

大分県医師会

副会長 織部 和宏

私が医師会の理事をさせていただいて良かったなと思うのは開業医の仕事だけに専念した時と違って、医療界の置かれている現状がよく理解出来るようになった事です。

市から県の医師会へ、そして副会長となりますと日本医師会にも出張する機会が多く、政治の現場での医師会の立場と力関係が実際の現実はどうなのかという事がよく見えて来ました。

単なる開業医の頃は、政府関係者や政治家に大きな声で厳しく言えば我々の意見が通る位に思っていました。どの業界にも言える事ですが最終的には票の力が政策を通す為の決め手となるという事です。票のない団体は残念な事に、政府は勿論のことマスコミもバカにして取りあってくれません。

一部の開業医の先生は患者を味方に付ければ良いとおっしゃいますが、医師会推薦の議員候補の獲得した票を見ますと一人の医師あたり2票もいってないのが現実です。A会員だけに限っても5票も集めていないのです。うがった言い方をしますと家族や従業員の票すらキープ出来ていない訳で、自分が思った程は患者を味方につけていないという事です。

そう言った現実を理解をした上で今後の医療界のあり方、目標の実現に向けての具体的な対策を考えていく必要があります。我々の置かれている現状は結構厳しいという事です。

さて最近の先生方は国民の皆保険制度についてはどう言う風に思われているのでしょうか。

高齢化社会となり医療費がうなぎ登りに増えてきていますのでその財政的基盤をしっかり建てていく必要性は当然の事としてこの皆保険制度の国内のそういった財源の問題だけでなく国際情勢、特にTPP問題にからんでアメリカからの大きな圧力がかかってくる可能性が出て来た事は御存知でしょうか。

この流れに対して対応を誤ると私達の誇る皆保険制度の維持が難しくなる事だって有得ます。

この事は国内の新聞報道やいくつかのマスコミの媒体だけでは十分な情報を得る事は難しいのですが最近私の読んだ本でこの辺の事情を知る上で役にたつものを御紹介します。大変分かりやすく変な小説を読むよりもズッとタメになります。

#1 崎谷 博征 著 「新医療ビジネスの闇」 (学研パブリッシング)

「私たちの命の行方を左右し莫大な利益を上げる『病気ビジネス』。TPPへの参加でそれが私たちを『虐殺する時代が始まるという』現役の医師が自らの経験と綿密な調査から私達が迎えるかもしれない『日本崩壊』のに実態や警鐘を鳴らす衝撃の書」との専伝文句あり。

#2 堤 未果 著 「沈みゆく大国アメリカ」 (集英社新書)

推薦に何と日本医師会の横倉義武先生が「アメリカ型の市場主義導入の動き、恐ろしさに警鐘を鳴らす貴重な一冊」と述べられている。その他「日本が『国民皆保険』を失う日がすぐそこに!“オバマケア”がもたらした未曾有の悲劇。アメリカの現在は日本の近未来そのものだ。」との要約が印象的である。

#3 堤 未果 著 「沈みゆく大国アメリカ」(逃げ切れ!日本の医療) (集英社新書)

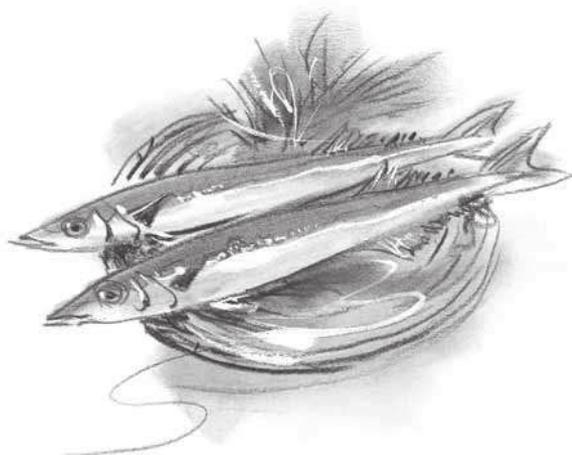
副題に「あなたは盲腸手術に200万円払えますか。」～「いのち」と「老後」がマネーゲームの餌食になる」～前著よりももっと切羽つまった内容となっています。

以上の3冊は日本の皆保険制度が今後どうなっていくのか。そして私達は具体的にどう対応していくのかを知る上で大変参考になる書物であります。

まだお読みでない先生方には是非一読をおすすめします。

その上で私達が国民皆保険制度を堅持していく為に多くの先生方に医師会の活動に対し是非共御協力いただきたいと思います。

なお来年の参議院選挙には日本医師会推薦の自見はな子先生が出馬予定との事です。



視
点

かかりつけ薬局は対岸の火事か？

大分県医師会
常任理事 谷村 秀行

2016年度春にかかりつけ薬局制度や健康情報拠点薬局（仮称）が始まる予定である。

かかりつけ薬局とは、(1) 75歳以上の半数近くが1か月以内に複数の医療機関を受診し処方を受けているが、それを薬剤師が一元管理する (2) 在宅対応や患者宅を訪ねて飲み残しの薬を確認し医師に報告 (3) 医師に処方の変更を提案 (4) 市販薬の副作用や飲み合わせの相談を受ける (5) 24時間対応などが考えられている。このかかりつけ薬剤師がかかりつけ医と連携して患者の全体像を把握し医療の質の向上と医療費削減を目指すものである。もちろん診療報酬の加算を対価として行うがその代り服薬指導などの定額の報酬引き下げを行う。

健康情報拠点薬局とはかかりつけ薬局の基本的な機能を持ったうえで、健康サポート機能を上乗せした薬局である。実際には (1) 要指導薬、一般薬等の適正な使用に関する助言 (2) 地域住民の窓口となり必要に応じてかかりつけ医をはじめ適切な専門職や関係機関に紹介する (3) 健康に関する情報を積極的に発信するなど、患者だけではなくより幅広く地域に積極的に活動する主旨である。この基準に適合した薬局は厚労省が公表し地域住民に周知させることとなっている。

この方針により現在5万7,000軒の保険薬局は廃業と統合で減少し再編される。処方の7割が院外処方であることから「門前（薬局）からかかりつけ（薬局）へ」と厚労省は謳っているが全部の薬局が資金と人員を調達できないのは明らかだ。薬の種類は増やさなければいけないし在宅訪問や24時間対応だと人件費がかかる。強くて大きい薬局が生き残るのであろう。株式会社の形態を持つ薬局はこれで更に利益を上げようとするは目に見えている。変化はビジネスチャンスだ。そこに倫理観が必要なのだが最近の数々の不祥事を見ていると心配になる。また健康情報拠点薬局は今後セルフメディケーションの推進に向けたものと言われている。つまり自己責任で医療機関をなるべく受診せずに薬を内服することである。

昨年は介護報酬が引き下げられ、来年は薬剤報酬が引き下げられる。3年後は医療報酬の引き下げかもしれない。大きな変革をするならかかりつけ医制度が考えられる。処方一元化、他診療科への紹介窓口、検査の一元管理、在宅対応や24時間対応、再診料や指導料の引き下げと抱き合わせでかかりつけ医報酬の上乗せなら同じ手法である。2017年度から学会による認定医制度がなくなり日本専門医機構が統一した基準で各領域の専門医を認定するようになるし、診療報酬のオンライン化やマイナンバー制度の医療への導入によりかかりつけ医制度は3年後には可能な状況であると思われる。そんなことが起こるのであろうか？1つだけよいことがある。門前薬局と診療所を分けていたじゃまな柵が撤廃できそうである。

（資料等でご協力頂いた大分県薬剤師会に感謝いたします）

巻頭言



骨太方針を読む

大分県医師会

会長 近藤 稔

政府の経済財政諮問会議や財政審、産業競争力会議、規制改革会議、自民党の特命委員会、厚生労働省の有識者懇談会等は特に医療・介護分野の聖域なき歳出抑制策を提言していたが、先日閣議決定した骨太の方針で道筋がついたのは後発医薬品の普及率向上ぐらいで、危惧された項目は検討課題になった。これも横倉日医執行部の安倍政権への働きかけが寄与するものと推察する。

80%の普及目標を立てた為、世界の後発医薬品大手が日本市場に参入しそうであり、製薬会社が巨額の費用を投じて取り組む新薬開発や競争力が低下し、輸入の増加など問題点も多い。先発品使用の院内処方料より後発品使用の院外処方の方が高いと言う制度に問題があり、見直しの必要を感じる。

今後は外来受診時の定額負担制度の導入や湿布・漢方薬などの保険外し、富裕層の医療費負担割合の見直しや毎年の薬価改定、医療費の地域差是正、過剰な病床を削減した場合の交付金や診療報酬の優遇等々が検討され、実現する可能性もあり相変わらず医療の将来は厳しい。平成27年度の一般会計予算は96.3兆円。その内社会保障関係費は約31.5兆円と32.7%を占め確かに大きい。しかし31.5兆円の内訳を見ると年金が11.1兆円、医療が9.3兆円、介護が2.6兆円等々である。平成24年度の国民医療費は39.2兆円だが、医療に対する国庫負担は10.1兆円、その他は地方負担、保険料負担、患者負担等である。国庫負担10.1兆円が果たして高いか否かは会員の判断にお任せするが、因みに歴代内閣が発行した国債の利払いが10.1兆円である。今後も医療費抑制策が民間議員から提言されるであろう。

日本創生会議が41地方都市への高齢者の移住を提言した。これまで国や自治体は住み慣れた地域で医療や介護が受けられる事を高齢者ケアの理念にしてきたのに、「現代版姥捨て山」に等しい。

また「まち、ひと、しごと創生会議」まで移住を後押しし、新型交付金を16年度から新設する。しかし、高齢者だけの移住だと一時的に増えた人口も数年後には減少する。

医療・介護等の社会保障費の無駄は省くべきであるが、検討課題を強制する過剰抑制は地域医療が崩壊し日本を住みにくくする。高齢者だけでなく子育て世帯や若い人が住みたくなる魅力のある街と職場の創生等地域の活性化に対する政府の良策を期待する。

巻頭言



「予期せぬ死亡事故」に直面したら・・・

大分県医師会

副会長 新森 義信

上記テーマで、日経メディカル5月号に特集記事が掲載されていたので紹介する。長年議論されてきた「事故調」（医療事故調査制度）が今年10月よりいよいよスタートする。この制度は個人の責任追及ではなく、原因究明と再発防止が目的である。

本誌は、この制度をシュミレーションでわかり易く紹介している。

2015年11月某日、X県Y病院の消化器外科医局。今年40歳になる消化器外科医のA医師は、沈痛な表情を浮かべ立ち尽くしていた。彼を取り囲むように、診療科長や同僚が立っている。

「で、患者さんの死亡は予期していたのか？」

沈黙を打ち破るように診療科長がA医師に尋ねた。A医師は机の上に散乱する手術記録を確認しながら答えた。このような出だしで始まっている。

手術は、昨日17時に終了しており、術後のバイタルも安定していたが、難易度の高い手術でもないのに突然容態が悪化した。患者は73歳の男性、ステージⅡBの胃癌患者。リンパ節転移はない。昨日、A医師が執刀医として胃の全摘術を行い経過良好に見えたが、今日になって急激な血圧低下が起き、緊急再手術を行ったところ、腹部に出血を確認。胃の縫合不全は否定されたものの出血部位は特定できず、3時間ほど前に処置のいかなく死亡したという症例である。

その後、院内の医療安全対策室に連絡して『医療事故調査』を行うべきかどうか判断を仰ぎ、早速院長も同席し、A医師、診療科長、医療安全対策室のメンバーを交え会議が始まった。

「医療事故調査制度では、医療に起因する予期しなかった死亡事故が発生した場合、『医療事故調査・支援センター』という第三者機関に報告した上で、院内調査を行うことになっています」と対策室長が説明をした。「予期しなかった死亡事故」の定義は、死亡リスクをカルテに記載したか、または患者に説明したか、そうでなければ現場医療者や専門家から見て「予期しなかった」と認められるかで判断されるとのことである。

－医療安全対策室長－「で、カルテには出血に関する記載はあったのか？」

－A医師－「いえ、カルテには書いていません。ただ、手術同意書には出血のリスクが書いてあって、その際は輸血同意書も貰っていますし……」

－診療科長－「昨日の時点で、とりあえず手術はうまくいった。なのに今日、患者さんは急変して死亡した。たとえ出血リスクについて同意書に書いてあっても、現時点ではどこから出血したか特定できていないわけだし、『予期しなかった』と考えざるを得ないのではないか」

－診療科長－「なぜ患者さんが亡くなったのか、その原因を究明し、二度と同じことを起こさないようにすることが今回の制度の目的だと聞いています。私は今回の症例を『予期せぬ死亡事故』と判断すべきだと考えます」

そして、翌日医療安全対策室長らが遺族へ説明した上で、第三者機関に事故を報告し、院内調査が開始されることになる。

院内調査は医療安全対策室のメンバーに、外部の医師や院内のスタッフを加えた調査委員会が担当し、3ヶ月ほど続いた。

A医師を含め、治療に関わったスタッフへのヒヤリングの結果は個人を特定できないように匿名化されており、A医師は「これなら訴えられることはないだろうな」と一安心。そして、委員長に報告書を家族に渡すのかと聞いたが、結果を丁寧に説明すれば十分で、欲しいと言われても渡さないつもりだとの返事であった。

しかし、委員長が中心になり丁寧に説明をしたが、遺族から調査結果が欲しいと言ってきた。顧問弁護士より、十分に説明をしたこと、法律で義務付けられていないため渡すつもりはないと説明をしたが、遺族は納得せず、不満げに帰っていった。

それから数日後、遺族が第三者機関に再調査を依頼し、第三者機関が改めて検討し、必要があれば再調査をするということになった。再調査の結果報告書は、確実に遺族へ渡ることになる。

A医師は、先日テレビで見た、どこかの病院の謝罪会見の光景が頭をよぎり、「やっぱり訴訟になるのでは……」そんな不安を感じながら日々の診療にあたっている……。

平成27年5月17日付大分合同新聞朝刊の掲載記事より

“刑事責任の追求 医師9割「不安」”10月からの医療事故調査制度では、「刑事責任追及や民事訴訟に利用される」との医療側の指摘を受け、遺族への調査報告書交付が「努力義務」とどめられた。医療事故の遺族からは「医療側がきちんと対応すれば医師の刑事罰を望む遺族はいない」として、公正な調査と十分な説明を尽くすよう求める声が出ている。医師専用の情報交換サイトを運営する「メドピア」が「医療事故の刑事罰」に関する意識調査で刑事罰に不安とした理由は、回答した3,466人のうち

- ・逮捕による社会的信用の喪失、失職 = 24.1%
- ・報道による社会的信用の喪失 = 22.3%
- ・裁判プロセスによる心理的負担 = 13.6%

であった。

「予期せぬ医療事故」とは？

報告・調査する医療事故の定義（厚生労働省資料より）

管理者	医療事故に起因し、または起因すると疑われる死亡または死産	左記に該当しない死亡または死産
予期しなかったもの	医療事故調査制度の対象	報告不要
予期したもの	報告不要	報告不要

* 過誤の有無は問わない

最後に、「医療事故調査制度」を左右する3つの論点として

1. 調査・報告の対象となる「予期せぬ死亡事故」とは？
2. 責任追及に陥らない院内調査報告書の書き方
3. 院内調査報告書を遺族に渡すべきか

などが挙げられている。

大分県医師会も、第三者機関となる「医療事故調査・支援センター」の業務の一部を委託されることが出来る「医療事故調査等支援団体」に日本医師会を通じ、申請する。(47都道府県一括申請)

「医療事故調査制度」が開始まで4ヶ月となり、対象とする事故の解釈や運用などをめぐり混乱も予想されるが、制度に対する現場の理解を深めることが重要であると、松原日医副会長も指摘している。

視点



ビッグデータと地域医療構想

大分県医師会

常任理事 河野 義久

先の統一地方選挙では、前半戦の大分県知事選においては、広瀬勝貞現大分県知事が4選を果たし、後半戦では、佐藤樹一郎新大分市長が誕生した。県政、市政のさらなる発展を期待したい。

昨年の10月に病床機能報告制度が開始され、今年3月にはガイドラインが策定された。病床機能報告制度は有床診療所を含む医療機関が、高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能について病棟単位で、現状と今後の方向を都道府県に報告する制度である。地域医療構想は2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるため、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し都道府県が定めるもので、2次医療圏単位での策定が原則となっている。いよいよ地域医療構想調整会議が始まる。既に2次医療圏毎の人口統計、推計、患者受療動向、流入・流出患者割合等の詳細なデータ、また日医総研のDPCデータに基づいた急性期医療密度指数（急性期医療の提供能力）、医療需要予測などが公表されている。日医総研の大分県に対する地域ならびに医療介護資源の総括では、全県を通じて人口あたりの病床数の偏差値が59（一般病床63、療養病床49、精神病床58）、総医師数53（病院勤務医数54、診療所医師50）、総看護師数66、全身麻酔数51と病床数と看護師数は非常に多く、医師数、全身麻酔数が全国平均をやや上回ると報告されている。中部、東部医療圏に大分県の66%の人口が集中、医師数の74%、総看護師数の69%、全麻数の81%が集中している。北部医療圏は東部への、西部、豊肥医療圏は中部医療圏への依存が強い。大分県の区画単位の急性期医療密度指数（急性期医療の提供能力）では、居住面積あたりの急性期医療密度指数は0.51（全国平均は1.0）と低く、急性期病床が分散している都道府県といえる。また一人あたりの急性期医療密度指数は1.26（全国平均は1.0）で、一人あたりの急性期医療の提供能力は高い県といえる。医療圏ごとの地域並びに医療介護資源の総括も記載されている。参考にされたい。公表されたデータを読む際に思うことは、それぞれのデータが非常に大きく、多岐にわたり、信憑性を解釈するには個人の限界を超えていることである。出てきたデータを鵜呑みにするしかないのが現状である。

経済産業省の将来の地域医療における保険者と企業のあり方に関する研究会での提言案では、①豊肥医療圏、南部医療圏は中部医療圏への入院患者の流出が20%を超え、3つの医療圏の連携を検討する必要性。②東部、南部、北部医療圏においては、目標とする病床水準を2040年までには上回るため、病床数の低減を検討。③西部、豊肥医療圏は、高度急性期・急性期機能相当の入院患者が2020年以降減少していくことから、高度急性期・急性期病床の回復期・慢性期病床への転換を検討。④中部医療圏は、高度急性期・急性期機能相当の入院患者が2035年以降減少していくことから、その時点に向けて高度急性期・急性期病床を回復期・慢性期病床に転換を検討する事が提言されている。

医療構想策定の総合責任者としての県知事の役割は大きくなり、大分県民の医療・健康を守る高度な専門家集団としての医師会の役割は更に大きいと確信する。地域医療構想策定に対する早急なる医師会としての意見のとりまとめ、地域医療構想調整会議でのリーダーシップを発揮できる体制作りが急務であろう。まずはビッグデータの解析脳力を持った人材の確保から始める必要がある。

巻頭言



「医療保険制度改革等の是非」

大分県医師会
会長 近藤 稔

人口減少高齢化を迎え医療費抑制だけが声高に論じられ、適正化・効率化のためと称して矢継ぎ早に法案化が図られている。

財政健全化を達成するための歳出削減として、社会保障費の支出抑制や効率化を目標に、医療介護総合確保法に続いて、「医療保険制度改革法案」が閣議決定され通常国会に提出される。

主な柱は、持続可能な制度を構築し将来にわたり国民皆保険を堅持するため、赤字が続く国民健康保険の財政基盤強化のために運営を市町村から都道府県に移管し安定化を図ることで、これ自体は歓迎すべき事である。しかし負担の公平化と称して入院患者の食事代自己負担の引き上げや、紹介状なしで特定機能病院を受診する際の定額負担導入、所得水準の高い国保組合の補助率32%から13%まで段階的引き下げ等がある。

また、新たな保険外併用療養の仕組みとして患者申出療養（仮称）が創設される。評価療養の先進医療と比べて審査機関が6週間と大幅に短縮され質の低下・安全性が問題視されている。混合診療の拡大を避け早期の保険収載を図らなければならない。

制度を作っては改革と称して変更・見直しされると、医療現場はその都度対応を迫られ苦悩する。

7対1で大都市から看護師の募集、引き抜きが行われるような制度をつくり、過剰になったら病床機能の効率化・適正化の名のもと、病床機能の報告と地域医療構想策定が義務づけられた。また、医薬分業自体は適切な医療政策だが、総医療費増大と患者の視点から、規制改革会議で医薬分業における規制の見直しが議論されている。

将来人口減少社会で地域の消滅が危惧されている時代に、医師不足の名のもと東北医科薬科大新設が決定された。10年の歳月を要する医師を養成しても、その頃は医師過剰時代を迎えていて職場が確保されず無駄になるか、医師数に比例して総医療費の増加になるか懸念される。医師不足は偏在のため総数は充足している。自民党の「大学病院を支援する議員連盟」が新医師臨床研修制度の是非について見直し、廃止も含めて検討すべきだ等と議論していて、この方が医師の偏在・医師不足解消に役立つかも知れない。

厚生労働省の「省」には「かえりみてはぶく」という意味があるらしい。「かえりみてはぶく」ことも創設と同時に大切と考える。